



UNIVERSIDAD DE LA RIOJA

TRABAJO FIN DE ESTUDIOS

Título

Mujer y Daño Cerebral Adquirido

Autor/es

BLANCA UTRILLA RUIZ

Director/es

M^a CARMEN SABATER FERNÁNDEZ y SERGIO ANDRÉS CABELLO ,

Facultad

Facultad de Ciencias Jurídicas y Sociales

Titulación

Grado en Trabajo Social

Departamento

CIENCIAS HUMANAS

Curso académico

2018-19



Mujer y Daño Cerebral Adquirido, de BLANCA UTRILLA RUIZ
(publicada por la Universidad de La Rioja) se difunde bajo una Licencia Creative
Commons Reconocimiento-NoComercial-SinObraDerivada 3.0 Unported.
Permisos que vayan más allá de lo cubierto por esta licencia pueden solicitarse a los
titulares del copyright.



**UNIVERSIDAD
DE LA RIOJA**

TRABAJO DE FIN DE GRADO

MUJER Y DAÑO CEREBRAL ADQUIRIDO

Alumna: Blanca Utrilla Ruiz

Tutor: Sergio Andrés Cabello

Carmen Sabater

GRADO EN TRABAJO SOCIAL

**FACULTAD DE CIENCIAS JURÍDICAS Y
SOCIALES**

RESUMEN

El Daño Cerebral Adquirido (DCA) supone un cambio radical en la vida de la persona que lo sufre y su entorno más cercano. Entre las alteraciones que la lesión produce, destaca una desestructuración familiar, una pérdida de las amistades, un cambio drástico en lo que al ámbito laboral se refiere, posibles limitaciones físicas, problemas de memoria, dificultad de concentración, alteraciones en la comunicación etc. El afectado adquiere unas secuelas derivadas de su lesión las cuáles le dificulta a llevar la vida en las mismas condiciones que antes tenía, provocando un desequilibrio emocional y psicológico. En el presente trabajo se estudia las desigualdades discriminatorias de género que tienen que sufrir las mujeres en el entorno del DCA, tanto antes como después de sufrir la lesión y el papel de ellas como parte del entorno de la persona afectada. El trabajador social cumple un papel muy importante a través de su competencia profesional para poder equiparar esta disparidad.

ABSTRACT

Acquired Cerebral Damage (ADC) is a radical change in the life of the person who suffers it and their closer environment. Among the alterations that this injury produces there is possible family breakdown, loss of friendships, drastic change in the work environment, possible physical limitations, memory problems or communication problems... The people affected by it have lots of difficulties to live their lives in the same conditions as before the injury, and this causes emotional and psychological trauma. In the present report, the gender inequality discrimination in women is studied, both after and before the ACD is suffered. The social worker plays a very important role through his professional competence to be able to match this disparity.

ÍNDICE

1. Introducción y objetivos.....	3
2. Metodología.....	5
3. Marco teórico.....	6
3.1. Daño Cerebral Adquirido.....	6
4.1.1. Fases desde que se produce el DCA.....	7
4.1.2. Causas que originan el DCA.....	8
4.1.3. Secuelas.....	9
4.1.4. Vida familiar.....	11
4.1.5. Vida social.....	13
3.2. Mujer y discapacidad.....	14
4.2.1. Violencia de género.....	15
4.2.2. Sexualidad y maternidad.....	17
4.2.3. Entorno laboral.....	18
4.2.4. Conciliación familiar y laboral.....	20
4.2.5. Abuso económico.....	20
4.2.6. Papel de la mujer como cuidadora informal.....	21
4. Análisis realizado.....	22
5.1. Presentación de la entrevista.....	22
5.2. Presentación de resultados.....	22
5. Papel del trabajador social.....	37
6.1. Posibles actuaciones del trabajador social como agente de cambio.....	38
6. Conclusiones.....	40
7. Referencias bibliográficas.....	42

1. INTRODUCCIÓN

El Daño Cerebral Adquirido supone un cambio muy drástico para la persona que lo sufre y el entorno del afectado. Son muchas personas las que adquieren un DCA cada año y la causa más común de esta discapacidad es por ictus.

“Se puede afirmar que nos encontramos ante una discapacidad doblemente oculta, por el carácter híbrido de sus alteraciones, algunas de ellas “invisibles” de inmediato, y por la descomposición familiar que suele traer consigo (...) se refiere al daño cerebral como una deficiencia oculta, “invisible”, puesto que las personas afectadas suelen recuperar autonomía de movimiento (...) Sin embargo, las limitaciones más graves pueden pasar desapercibidas: pérdida de memoria y capacidad para aprender, dificultades para razonar y resolver los problemas más inmediatos (como elegir la ropa, comer), alteraciones emocionales, de la conducta, baja autocrítica.” (Defensor del Pueblo, 2005, p.18)

Supone una modificación total de la vida anterior afectando diversas áreas de la vida. Una de ellas es la laboral; al producirse el DCA se ven sometidos a abandonar sus puestos de trabajo y, posteriormente, una vez rehabilitados, les es muy difícil, por no decir casi imposible, encontrar un trabajo normalizado sin intermediarios que lo hagan posible, como los centros especiales de empleo. El hecho de querer tener trabajo, como anteriormente lo hacían, es algo que les produce alteraciones psicológicas que muchas veces pueden ser muy graves. Muchos de los afectados dicen querer volver al trabajo que estaban desempeñando antes de la lesión y no pueden. Esto provoca sentimientos negativos, de estancamiento sobretodo al estar en un centro de discapacidad y no poder ni encontrar trabajo. La motivación para encontrar trabajo es mayor en personas jóvenes que en personas de mayor edad que ya tienen su vida estructurada.

Otra de las áreas prioritarias es la social; se produce un cambio total en las amistades del afectado, sobretodo en personas jóvenes. Al producirse la lesión, pasan un periodo de tiempo de rehabilitación, donde, si es muy largo, las amistades se van reduciendo hasta quedarse sin ninguna y posteriormente tienden a aislarse en casa, sin estudiar ni trabajar. El aislamiento es un círculo vicioso que hace que la vida tanto personal como social se deteriore aún más en vez de empoderar o intentar mejorar sus capacidades.

Respecto a la situación familiar surgen sentimientos de expectación y desconocimiento en el que el/la familiar no sabe la situación que le espera. Generalmente la familia se suele unir más cuando se produce un DCA en uno de los miembros, pero siempre es alguien (generalmente la mujer) la que se tiene que encargar de la rehabilitación y los cuidados. En esta área es importante la figura del trabajador social para garantizar un correcto seguimiento y un apoyo a la familia para que pueda llevar la situación de la mejor manera posible.

Las personas con DCA sufren discriminación por tener discapacidad, pero son las mujeres las que más sufren esta situación por el hecho de ser mujer y tener discapacidad. Esto es debido a las ideas tradicionales que se tienen sobre los roles del hombre y la mujer. Por ello, las mujeres tienen muchos más problemas para encontrar un trabajo, conciliar la vida social y laboral, sufren más violencia, etc.

También destaca el papel de las mujeres en el entorno de a persona con DCA siendo el afectado su marido, padre, hermano, hermana, madre, etc. Muchas mujeres son las que se tienen que encargar del cuidado de su familiar, dejando de lado su puesto laboral, reduciendo sus ingresos, alterándole a la calidad de vida en general.

El objetivo general de este trabajo es conocer la realidad del DCA y analizar la situación de la mujer respecto al hombre en este ámbito. Y, como objetivos específicos destaca el describir las causas, las secuelas y la evolución por las que pasa el afectado por DCA, detallar las alteraciones que se producen en el entorno social y familiar de la persona y estudiar la discriminación que sufren las mujeres con discapacidad y sin ella en el entorno del DCA.

2. METODOLOGÍA

El procedimiento desarrollado en el trabajo se divide en tres partes, la primera, a través de información bibliográfica, sobre el conocimiento principal de DCA, las diferentes secuelas, alteraciones, las causas más comunes, etc. y las principales causas discriminatorias que sufren las mujeres en el entorno de la discapacidad; en la segunda, se ha realizado la investigación social a través entrevistas a personas con DCA; y en la tercera se ha expuesto las conclusiones de la investigación y la importancia del papel del trabajador social.

El tipo de metodología es cualitativa, en el cual se ha realizado una entrevista semiestructurada con preguntas tanto abiertas como cerradas. El tipo de muestreo es estructural ya que se ha seleccionado a los usuarios del CRMF de Lardero.

Como investigación social se ha desarrollado un cuestionario (Anexo I) de 24 preguntas dirigidas tanto a hombres como a mujeres con DCA con el objetivo de conocer las diferencias discriminatorias que sufren las mujeres afectadas directa o indirectamente por la lesión, como los principales cuidadores en el momento de producirse el daño, las personas encargadas de realizar las tareas domésticas en el hogar, quién trabaja, qué pensión cobran, etc.

En total se han realizado 23 entrevistas a los usuarios del CRMF de Lardero, los cuales 9 han sido mujeres y 14 hombres de manera anónima. Los cuestionarios se han cumplimentado conjuntamente con el usuario para garantizar la correcta comprensión del mismo y evitar errores, explicándoles y repitiéndoles si fuera necesario las preguntas que no hayan sabido comprender, dándoles tiempo sin ninguna coacción.

Se ha desechado un cuestionario por motivos de validez y fiabilidad del estudio ya que debido al nivel de gravedad de comprensión y las secuelas de la discapacidad del usuario no ha podido responder con determinación a las preguntas.

4. MARCO TEÓRICO

En este apartado se explicará la situación general del DCA, describiendo qué es, qué alteraciones pueden tener, por qué fases pasa el afectado al producirse la lesión, las posibles causas por las que se produce y el cambio en la vida social y familiar. Y, por otra parte, se analizará la posición de la mujer con y sin discapacidad y el papel de la mujer en el entorno de la discapacidad.

4.1. DAÑO CEREBRAL ADQUIRIDO

“El daño cerebral está producido por una lesión en el cerebro, de naturaleza no degenerativa ni congénita, como resultado de una fuerza física externa o causa interna, que produce una alteración del nivel de conciencia y del cual resulta una afectación del funcionamiento sensorial, cognitivo, emocional, conductual y/o físico”¹

Está considerada como una discapacidad física al tener lugar un daño en el cerebro, pero, a diferencia de otras discapacidades motoras, tienen secuelas cognitivas, emocionales y/o sensoriales que afectan a diferentes aspectos de la vida; cuentan, por ejemplo, con problemas de memoria, de atención, de concentración, trastornos de la conducta, etc.

De acuerdo con la Encuesta de Discapacidad, Autonomía personal y situaciones de Dependencia (INE, 2008), son 420.064 las personas que tienen DCA, siendo el 78% por ictus y un 22% por las demás causas.

Tabla 1: *Personas con Daño Cerebral Adquirido según la encuesta de "Discapacidad, Autonomía personal y situaciones de Dependencia"*

Daño Cerebral adquirido (DCA) según causa	Nº de casos	Proporción X 1000 habitantes
DCA por Accidentes Cerebrovasculares	329.544	7,3
DCA sin especificar causa	90.520	2.0
TOTAL	420.064	9.3

Fuente: INE, 2008

¹ Fuente: *Vermont Division of Vocational Rehabilitation*, 1999. Especialidades. Recuperado de: <http://www.neurorioja.com/>

Además, el grupo de mujeres con DCA es un tanto por ciento mayor (52,5%) que en hombres (47,5%). La mayoría de estas personas (89%) presenta alguna discapacidad para realizar las Actividades de la Vida Diaria, porcentaje que se reduce al recibir ayuda técnica y/o personal (Quezada García, et al., 2016).

4.1.1. FASES DE LA EVOLUCIÓN DESDE QUE SE PRODUCE EL DCA

Cuando se produce un daño cerebral, hay que tener en cuenta que la recuperación y el grado es algo muy variable en cada persona, depende de la severidad del daño sufrido y el tiempo que ha transcurrido desde la lesión y la intervención médica, además de las secuelas y la edad que tenga la persona. Existen diversos tratamientos, terapias y servicios de apoyo que hacen que la vida de la persona mejore en gran medida.

Por una parte, la zona del cerebro afectada no vuelve a regenerarse, pero por otro, destaca una notable mejoría del cerebro durante los primeros años después de la lesión; la recuperación se alarga durante un intervalo muy amplio de años, siempre que se esté trabajando con estímulos. Desde que se produce la lesión el paciente pasa por una evolución con diferentes fases (FEDACE, 2007):

- Fase crítica: es el momento en el que se produce de la lesión, donde puede haber complicaciones, existiendo riesgo para su vida.
- Fase aguda: el/la paciente entra en el ámbito sanitario a través de la Unidad de Cuidados Intensivos o de la Unidad de Ictus. Aquí lo primordial es estabilizar al paciente, posteriormente se le traslada a planta donde se le da la atención de enfermería y sanitaria necesaria además de rehabilitación física. Pueden pasar uno o dos meses hasta darle el alta. Aquí el/la paciente puede volver a su hogar haciendo de sus familiares sus cuidadores y echando a perder toda la rehabilitación dada o puede que, a través de un informe del equipo médico, se dicte la necesidad de rehabilitación específica de daño cerebral, donde se debería derivar al paciente a una de estas unidades:
 - Fase subaguda: en esta etapa empieza la rehabilitación específica según las secuelas de cada persona. El tiempo de duración de esta fase puede durar desde 6 meses a 24 según el caso. En esta fase comienzan a trabajar las unidades de rehabilitación hospitalaria, las unidades en régimen de hospital de día y las unidades de

rehabilitación ambulatoria en las cuales el/la paciente pasar por las tres si fuera necesario. Para acceder a ellas resulta esencial que, al alta, se entregue un informe médico favorable a su acceso.

- Fase crónica: esta etapa forma parte del ámbito de lo social y se inicia cuando las secuelas se han normalizado y no hay mejoría. Es muy común que la propia familia de la persona afectada tenga que buscar recursos y servicios de atención. En esta fase hay un doble objetivo, favorecer la integración social y autonomía personal y si es posible la integración laboral además de mantener las mejorías logradas durante la rehabilitación

4.1.2. CAUSAS QUE ORIGINAN EL DCA

- Traumatismo Craneoencefálico (TCE): Institut Gutmann (2016)² define el TCE como el daño que sufre el cerebro después de un golpe que se debe, por una parte, a la lesión primaria directamente relacionada con el impacto sobre el cráneo y, por otra parte, a la lesión secundaria que se desarrolla a partir de la lesión primaria durante los primeros días tras el accidente y que puede llevar graves secuelas.

Los traumatismos craneoencefálicos, por regla general, se producen en gente joven que ha tenido, por ejemplo, un accidente de tráfico o una caída, entre otros. Pueden ser lesiones cerradas, cuando el golpe no ha producido herida craneal y no ha habido derramamiento de sangre fuera del cráneo y lesiones abiertas, que es justo lo contrario.

- Ictus: está causado por un trastorno circulatorio cerebral que altera transitoria o definitivamente el funcionamiento de una o varias partes del encéfalo. Hay dos tipos de ictus, isquemia cerebral (interrupción de flujo sanguíneo a una parte del cerebro) o hemorragia cerebral (la rotura de una arteria o vena cerebral) (Díez Tejedor y Fuentes, 2004). Este tipo de causa es más frecuente que se de en personas con mayor edad por la propensión que se da a sufrirlo cuando aumentan los años.

(1) ² Institut Gutmann, (2016). *Especialidades, Hospital de Alta Especialización*. Recuperado de: <https://www.guttmann.com/es/treatment/traumatismo-craneoencefalico-tce>

- Los tumores cerebrales: consiste en el desarrollo descontrolado de células anormales en el encéfalo, pudiendo destruir espontáneamente las células sanas o deteriorándolas por invadir otras partes del cerebro.³
- Anoxia: es un estado en el que el oxígeno no está disponible en cantidades suficientes a nivel tisular para mantener una homeostasis adecuada; esto puede deberse a un suministro inadecuado de oxígeno a los tejidos debido a un bajo suministro de sangre o un bajo contenido de oxígeno en la sangre (Alghoula, et al., 2018).
- Encefalitis: “es un proceso inflamatorio del sistema nervioso central, asociado a una evidencia clínica de una disfunción neurológica, debido a múltiples agentes etiológicos, fundamentalmente virus” (Navarro Gómez, et al., 2011, p.13).

4.1.3. SECUELAS

Muchas personas con este tipo de discapacidad padecen de anosognosia, esto es que no son conscientes de sus limitaciones, son incapaces de darse cuenta de la incapacidad. Por ello, tienen expectativas muy elevadas de su futuro sobretodo en lo que a empleo se refiere. Las secuelas del daño cerebral adquirido pueden ser de diversa índole, como alteraciones de la comunicación, de tipo físico, cognitivas, conductuales y emocionales (Lassaletta, 2017; FEDACE, s.f.)

Alteraciones de tipo físico:

Generalmente, las personas que han sufrido una lesión en el cerebro suelen tener una buena recuperación física durante el primer año. Es muy común que no queden discapacidades físicas visibles, pero si queden otras que sean imperceptibles, como los dolores de cabeza. Destacan entre estos los daños motores, que son aquellos relacionados con el equilibrio, la movilidad, etc. y los sensoriales, los que se producen en terminaciones nerviosas sensoriales. Predominan los siguientes:

³ Sociedad Española de Oncología Radioterápica (Sin fecha), *Tumores cerebrales o de sistema nervioso central (snc)*. Recuperado de: <http://www.seor.es/wp-content/uploads/TUMORES-CEREBRALES-ODE-SISTEMA-NERVIOSO-CENTRAL-SNC.pdf>

- Parálisis de las extremidades: cuando afecta a una, a varias o a todas las extremidades.
- Espasticidad: se caracteriza por que la persona tiene los músculos contraídos y es incapaz de controlarlos. Esto provoca movimientos anormales de las extremidades o inhibición del movimiento
- Disfagia: problemas de deglución.
- Incontinencia fecal y urinaria

Además de los daños motores y alteraciones sensoriales figuran dolores de cabeza frecuentes, fatiga y episodios epilépticos.

Alteraciones cognitivas

Son este tipo de secuelas, junto a las emocionales y conductuales, las que mayor estrés y ansiedad produce tanto a la persona afectada como a su entorno.

- Infantilismo: la persona adulta tiene un comportamiento similar al de un niño. El comportamiento y raciocinio se ven afectados.
- Pérdidas sensoriales y de percepción: puede afectar a cualquiera de los sentidos; gusto, olfato, vista, tacto y oído. A veces tardan en darse cuenta que algún sentido se ha visto afectado
- Problemas de memoria: muchos de ellos no recuerdan cosas previas al accidente o por el contrario, recuerdan su vida antes del accidente pero son incapaces de recordar las cosas que han ido sucediendo después.
- Problemas de atención y concentración: Incapaces de distinguir lo que es importante de otras cosas que suceden al mismo tiempo, tienen la dificultad de hacer dos cosas a la vez, atascamiento de un pensamiento determinado, dificultad de concentrarse en una determinada tarea durante un periodo de tiempo establecido, etc.
- Problemas de razonamiento, formación de conceptos y funciones ejecutivas: es normal que la persona tenga problemas para razonar y para resolver problemas más o menos concretos.
- Desorientación y confusión: comentan cosas sin sentido, dificultad para centrar, mantener o dirigir la atención, alucinaciones, cambios emocionales, etc.

Alteraciones de la comunicación

- Afasia: se caracteriza por tener alteraciones en la comprensión o en las capacidades expresivas. Puede provocar problemas tanto por el lenguaje oral como en el escrito.
- Disartria: es una alteración motora que se caracteriza por parálisis, lentitud de los movimientos y falta de coordinación de los músculos que intervienen en el habla.

Alteraciones emocionales y conductuales

Es el cerebro el origen donde se producen nuestras emociones y nuestra conducta, por lo que es inevitable que al tener un daño cerebral tengan repercusiones en ellas. Son mas difíciles de comprender y de tolerar.

- Problemas de control de la conducta: encontramos tres tipos de problemas de conducta; de tipo desinhibido, agresivo e inestable.
- Depresión
- Cambio de personalidad
- Psicosis

4.1.4. VIDA FAMILIAR

Las relaciones familiares no suelen cambiar al producirse la lesión, aunque sí cabe decir que el entorno familiar sufre en gran medida esta situación, adoptando el papel de cuidadores informales, generándoles una gran sobrecarga con consecuencias tanto psicológicas como físicas. En muchas ocasiones actúan como un papel sobreprotector contribuyendo al aislamiento de la persona afectada.

El equipo está incompleto sin la existencia de la familia en el proceso de rehabilitación ya que facilita que se mantengan los logros obtenidos en consulta y ayuda a que estos se establezcan en su entorno. La familia es uno de los pilares básicos ya que es quien mejor conoce al usuario y los terapeutas son los que les ayudan y asesoran ante el desconocimiento de algunas situaciones a las que se pueden enfrentar (FEDACE, s.f.).

La familia es el lugar de estabilidad, es donde se aprende a comprender y tolerar. Aunque alguno/a de los miembros del núcleo sufra un DCA, la vida continúa para la familia. La desorganización de la vida familiar durante el tiempo que surge la lesión es absoluta, hay que pasar mucho tiempo en el hospital, está presente el miedo a lo

desconocido por un posible desenlace fatal, etc. De cualquier manera, los hechos van a tener que ser asumidos y aceptados y cuanto más se tarde peor será para la familia. Hay que velar porque la familia tenga una estabilidad, ya que si las cosas de alrededor son cambiantes y confusas será perjudicial tanto para el afectado como para el entorno familiar. La mejor manera de salir adelante es que cada uno haga su vida llevando a cabo sus propios proyectos. (León-Carrión, 1994)

Comúnmente, la mayor parte de los cuidados son proporcionados en el hogar, generalmente proporcionados por los familiares directos, entre ellos destaca la figura de *la cuidadora principal*. Se le denomina de esta manera porque proporciona con su actividad y trabajo la mayor parte de asistencia y apoyo diario necesario para el afectado y porque son mayoritariamente las mujeres las que se encargan de ello. Podemos comprobar esta afirmación en diferentes investigaciones, como en el estudio de *Calidad de vida y sobrecarga de los cuidadores de pacientes con daño cerebral adquirido* (Mar, et al., 2011), que destaca el gran porcentaje de mujeres (80,3%) respecto a hombres (19,7%) que desempeñan el papel principal de cuidadoras.

La cuidadora principal cumple tres grandes grupos de necesidades de la vida de la persona afectada. Entre ellas destaca: el apoyo, complementación y sustitución de las actividades básicas de la vida diaria; atenciones propiamente asistenciales (medicación, control, realización de ejercicios, etc.); y el contacto físico, relación afectiva, apoyo emocional y mediación relacional con otros. Por último, además de los costes físicos y emocionales que supone el cuidado del afectado por parte del familiar, también supone un gran coste económico. Los principales gastos que tienen que afrontar los familiares son: la asistencia médica y de diferentes profesionales sanitarios, evaluaciones clínicas y sesiones de tratamiento, equipamiento, la reducción de los ingresos laborales (dificultades del afectado para incorporarse al mercado laboral y la posible reducción de la jornada laboral de algún miembro de la familia o el abandono su trabajo), gastos de mediación de diferentes profesionales no sanitarios (como abogados), etc. (FEDACE, s.f.)

4.1.5. VIDA SOCIAL

Generalmente, el entorno amistoso es uno de los aspectos que más se deteriora. La persona afectada tiene un grupo de amigos que con el paso del tiempo se va alejando ya que tienen su propia vida y la de la persona afectada se paraliza.

Esto es más común en personas jóvenes ya que sus amigos/as también lo son, por lo que se tiene más facilidad para cambiar, olvidar y reestructurar sus relaciones sociales. Los/as amigos/as se ofrecen y están atentos/as a todo durante los primeros meses, pero si la rehabilitación no mejora, las visitas se van espaciando haciendo que al final dejan de relacionarse del todo. En cambio, si la persona es mayor, depende de numerosos factores como su nivel social, el estado civil y el nivel previo de relaciones sociales. En relación a su nivel social, se ha comprobado que a mayor nivel cultural y/o económico de los pacientes, mejores resultados se tienen en la recuperación; son mayores demandantes de recursos y servicios. También el estado civil es uno de los aspectos que mas influyen en la rehabilitación social; en las personas solteras es muy recomendable hacer actividades de tipo social ya que pasan mas tiempo solos. (León-Carrión, 1994)

Por otro lado, debido a las diferentes secuelas que padecen, la mayoría de las personas afectadas tienden a aislarse. Al haber deterioro cognitivo y limitaciones físicas, los/las afectados/as cambian de comportamiento y en la mayoría de las ocasiones deciden no salir de casa por miedo a no saber manejarse. Las diferentes secuelas que destacan en relación con la comunicación son cruciales para el desarrollo de la vida social de la persona afectada, por ejemplo, algunos tienen afasia (confunden letras y números), por lo que tienen problemas para expresarse, esto hace que dejen de comunicarse por temor a no ser aceptados/as. También, al tener problemas de esfínteres, dejan de quedar con sus amigos/as por la incomodidad que esto supone, etc.

En algunas personas afectadas, al sufrir un cambio de comportamiento, destaca la impulsividad, ira, agresividad, etc. Muchas veces se estancan en un pensamiento determinado con una persona y ya no pueden establecer una conversación con ella ya que no pueden ni verla. También, debido a la impulsividad, puede que realicen comportamientos no adecuados con su entorno más cercano como a sus familiares, sus amigos/as, compañeros/as, etc.

Es muy importante la socialización, la pertenencia a un grupo con el que identificarse y compartir experiencias. La mejor manera socializar actualmente es mediante la formación académica, actividades ocupacionales y el mundo laboral. Hay que velar por la búsqueda de nuevas amistades evitando que sean desde participación de actividades que segreguen, creando grupos aislados y excluidos en el entorno en el que viven.

Para el proceso de socialización en personas con DCA, existen dificultades en lo que a habilidades sociales se refiere. Es necesario el entrenamiento en habilidades sociales para que el afectado pueda relacionarse, expresar sentimientos positivos y negativos, defender sus propios derechos, resolver conflictos, etc. La no existencia de habilidades sociales adaptativas hará que haya problemas que repercutan en el clima familiar.

También es importante las actividades de ocio y tiempo libre para socializar ya que, al producirse el DCA, hay una reducción importante de la actividad laboral y social de la persona, y como consecuencia, se amplía el espacio del tiempo libre. Además de promover la socialización, mejoran el funcionamiento físico y psíquico. Con estas actividades la calidad de vida del afectado mejora. (FEDACE, s.f.)

4.2. MUJER Y DISCAPACIDAD

El DCA supone un antes y un después en la vida de la persona que lo sufre, por tanto, las mujeres han tenido un antes y un después a lo que discapacidad se refiere, sufriendo la discriminación de género por el hecho de ser mujer antes de la lesión y, posteriormente, por ser mujer y tener discapacidad.

Principalmente vamos a centrar el estudio en la discriminación que sufre la mujer con discapacidad, aunque también vamos a analizar el entorno de la mujer antes de la lesión y el papel de la mujer en el entorno de la discapacidad (ya sea el afectado su pareja, hija/o, hermano/a, padre, madre, etc.).

Antes de tener el DCA, como ya he explicado anteriormente, obviamente las mujeres no tenían discapacidad, pero esto no quita que no hayan tenido que sufrir desigualdades de género. Principalmente podemos destacar que las mujeres tienen menos oportunidades

respecto a los varones en lo que a educación se refiere, tienen más probabilidad de sufrir violencia de género por las costumbres de la sociedad tradicionalista, tienen salarios más bajos por realizar el mismo trabajo (10%-30% menos que el hombre), sufren el llamado “techo de cristal” limitando sus carreras profesionales que las impide seguir avanzando, sufren mayor desempleo, se dedican en mayor medida a las tareas domésticas, etc.⁴

Después de la lesión, aparecen diferentes desigualdades y sufren una doble discriminación al tener discapacidad y ser mujer. En términos generales, las mujeres con discapacidad presentan un mayor nivel de analfabetismo, niveles educativos más bajos, mayor tasa de desempleo con empleos peor remunerados, más baja autoestima, mayor aislamiento social, mayor dependencia económica, mayor dependencia socio afectiva y emocional, menor desarrollo social y personal, gran desconocimiento sobre la sexualidad con numerosos mitos al respecto, una mayor desprotección sanitaria y una baja autovaloración de la imagen corporal. Esto hace que tengan mayor propensión a sufrir cualquier tipo de violencia en su vida (Peláez Narváez, 2013).

Además, son muchas las mujeres que figuran en el entorno de la discapacidad las que tienen que asumir el reto de los cuidados informales, proporcionándolos de forma invisible y continua. Esto hace que la mujer tenga un menor estatus social que el hombre, generando relaciones de poder desiguales.

4.2.1. VIOLENCIA DE GÉNERO

Las mujeres en general tienen más probabilidad que los hombres de sufrir violencia de género. Se estima que el 35% de las mujeres de todo el mundo ha sufrido violencia física y/o sexual en algún momento de sus vidas (OMS, 2017). La noción “violencia de género” es un problema que hasta hace poco estaba presente en la vida de las personas, era un tema que no debía salir del hogar y, por ello, no se podía intervenir. “Entender la violencia como un asunto personal refuerza a las mujeres a una situación de subordinación respecto del hombre e implica asumir las relaciones de poder históricamente desiguales entre ambos y a través de las cuales se legitima al hombre a mantener su status-

⁴ Fuentes: Lne. (2015). *Los 8 datos más impactantes sobre la violencia de género*. Recuperado de: <https://www.lne.es/sociedad-cultura/2015/03/08/los-8-datos-sobre-desigualdad/1723882.html>

González, J., (2016). *Los diez datos que demuestran que las mujeres sufren discriminación laboral*. Recuperado de: https://elpais.com/economia/2016/10/24/actualidad/1477310236_972254.html

quo de la dominación incluso a través de la violencia. Esta percepción contribuye a que las mujeres no denuncien su situación por miedo, vergüenza o culpabilidad.”⁵

Según Las Naciones Unidas, la violencia contra la mujer es una forma de discriminación y una violación de los derechos humanos. La OMS (2019), define la violencia contra la mujer como “todo acto de violencia de género que resulte, o pueda tener como resultado un daño físico, sexual o psicológico para la mujer, inclusive las amenazas de tales actos, la coacción o la privación arbitraria de libertad, tanto si se producen en la vida pública como en la privada”.

Respecto a las mujeres con discapacidad, la violencia que reciben está invisibilizada incluso dentro de las acciones de violencia contra la mujer. La Convención de Naciones Unidas sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad (2007) reconoce en su Preámbulo (apartado, q) que “las mujeres y niñas suelen estar expuestas a un riesgo mayor, dentro y fuera del hogar, de violencia, lesiones o abuso, abandono o trato negligente, malos tratos o explotación y sufren diversas formas de discriminación.”

Según el informe sobre violencia de género hacia las mujeres de CERMI (2015), una quinta parte de las mujeres con discapacidad declaran que alguna de sus parejas en toda su vida le ha insultado o hecho sentirse mal, el 13,3% considera que le ha menospreciado o humillado delante de otras personas, el 9% le ha amenazado con hacerle daño, etc. En relación a la violencia psicológica de control destaca que el 14,7% alguna de sus parejas le han tratado o le trata con indiferencia, un 11,6% relata la insistencia de su pareja en saber dónde está en cada momento. Por otro lado, el 8% manifiesta que su pareja se enfada cuando habla con otro hombre o mujer. En cuanto a la violencia física el 7,3% declaran que su actual pareja o anterior le ha abofeteado o le ha tirado algo que pudiese hacerle daño, un 7,4% le ha empujado, agarrado o tirado del pelo, un 4,6% le ha dado patadas, arrastrado o pegado y un 2% le ha intentado asfixiar o quemar y le ha amenazado con usar o ha usado algún arma. Por último, un 7.6% de las mujeres declaran que su actual o anterior pareja le ha obligado a tener relaciones sexuales, un 5,3% las ha mantenido por miedo y un 3,4% ha sido obligada a realizar practicas degradantes o humillantes.

⁵ Estévez Toranzo, A., (Sin fecha). Xunta de Galicia., *¿Qué es la violencia de género?*, [on line]. Disponible en: <http://igualdade.xunta.gal/es/content/que-es-la-violencia-de-genero>

Poseen mayores dificultades para expresar los malos tratos y tienen menor credibilidad a la hora de denunciar; por otra parte, tienen miedo de denunciar la violencia por la posibilidad de la pérdida de los vínculos y la provisión de cuidados, además de depender física y emocionalmente de quienes las cuidan y les es difícil pedir apoyo en otros ámbitos. También existen grandes barreras (físicas, actitudinales, comunicacionales y de información) para acceder a los lugares de denuncia y a los Servicios de Atención a situaciones de Violencia (Instituto Nacional de las Mujeres, 2013).

4.2.2. SEXUALIDAD Y MATERNIDAD

Tradicionalmente, se educaba a las mujeres con el pensamiento de que, para ser alcanzar la feminidad, hay que tener hijos. La maternidad significa la plenitud de la vida de la mujer. A muchas se les enseña a ser esposas, amas de casa, y madres. Esto hace ver que la mujer no tiene otro fin que crear sin tener en cuenta otros objetivos de la vida, como los profesionales.

Respecto a las mujeres con discapacidad, como estereotipo principal, su situación suele estar fundamentada en la condición dependiente y asexuada por su diferencia corporal. Este cuerpo, en la mayoría de las ocasiones, no se ajusta con los cánones de belleza femeninos que crea la sociedad. Esto hace que muchas mujeres tengan mermada su autoestima, repercutiendo negativamente a su vida social. Estos mitos conceptualizados sobre la sexualidad de las mujeres con discapacidad hacen que se crea que tienen ausencia de control sobre su propia sexualidad o su supuesta incapacidad para mantener una vida sexual satisfactoria. Además, si a esto le sumamos las dificultades de accesibilidad como acceder a un ginecólogo o salir a tomar unas copas, esto también contribuye a la disminución de la autoestima (Moya Maya, 2009). “Surge una paradoja que una vez más tiene como base los estereotipos a los que se enfrenta este grupo social, y es la dicotomía entre el papel de asexuada y el papel de promiscua. Una dicotomía que puede originar situaciones de violencia y que se refleja especialmente en la prevalencia de agresiones de índole sexual” (Gómiz Pascual, 2016, p.127).

En la mayoría de los casos, debido al pensamiento tradicional, las mujeres son las encargadas de las tareas domésticas; por lo que las mujeres que tienen hijos se dedican en mayor proporción a las labores del hogar y, por ende, de sus hijos, además del posible

trabajo que tengan fuera del hogar. Todos estos factores discriminatorios hacen que las mujeres con discapacidad tengan muchas más dificultades en sacar a sus hijos adelante sin el apoyo de alguien, por lo que la maternidad las acaba sometiendo y hace que acaben conformándose ante situaciones injustas por miedo a quedarse solas con sus hijos sin disponer de recursos para llevar una vida digna. Además, aquellas mujeres con discapacidad e hijos, en algunos casos, se apoyan en personas que se encargan de ellas y de sus hijos; en otras ocasiones si por su discapacidad necesitan cuidados se encuentran en la situación en la que prefieren quedarse junto a su agresor que convertirse en una carga para su prole (Gómiz Pascual, 2016).

4.2.3. ENTORNO LABORAL

Respecto a las mujeres en general, entre los principales datos que evidencian la desigualdad de género en el ámbito laboral destacan: son ellas las que más trabajan a tiempo parcial ya que necesitan una conciliación con las actividades domésticas; realizan más horas laborales que el hombre ya que las labores del hogar también cuenta como horas de trabajo (aunque no se las paguen), en general es más común en mujeres que en hombres el acoso en el trabajo; existe una gran brecha de actividad entre los dos sexos agudizándose aun más en la etapa de la maternidad superando el 25% a partir de los 44 años; lideran el desempleo en España; ocupan peores puestos de trabajo, desempeñan ocupaciones relacionadas con el género (la mayoría de empleadas domésticas a nivel mundial son mujeres); ganan de media un 24% menos que ellos; muchas dejan de trabajar tras el nacimiento de los hijos asumiendo el rol de cuidadoras, etc. (OXFAM Intermón, 2016)

La diferenciación de género en el ámbito laboral ya es latente desde hace varios años, siendo aún mayor en el ámbito de la discapacidad. Hace 20 años, en la Tabla 1, podemos observar que existía una gran diferencia de género en la población sin discapacidad, siendo la tasa de actividad de un 49,6% para las mujeres y un 79,3% para los hombres.

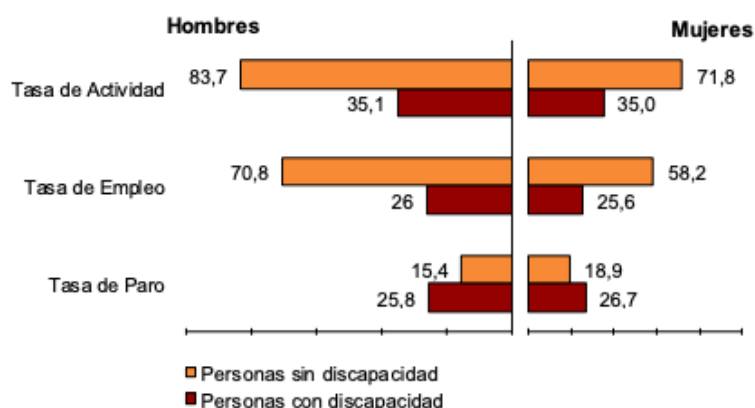
Tabla 2: Tasas de actividad y paro por sexo en personas con discapacidad y población general. Año 1999.

	Personas con discapacidad	Población general
--	---------------------------	-------------------

	Mujeres	Varones	Mujeres	Varones
Tasa de Actividad	23.7%	40,6%	49,6%	79,3%
Tasa de Paro	33.1%	22,1%	23,6%	12,1%

Fuente: INE, 1999.

Gráfico 1: *Tasas de actividad, empleo y paro por sexo en personas con discapacidad y población general. Año 2017*



Fuente: INE, 2017.

Comparando las tasas, podemos observar en la Encuesta de Discapacidad, Autonomía personal y situaciones de Dependencia (EDAD), elaborada por el Instituto Nacional de Estadística del año 2017 la creciente incorporación de la mujer en el mercado laboral siendo la tasa de actividad de las mujeres sin discapacidad un 71,8% frente a un 83,7% de los hombres.

Por otro lado, en personas con discapacidad se ha ido equiparando la situación, siendo la actividad de los hombres del 35,1% mientras que para las mujeres es el 35%. También, la tasa de empleo en hombres es de 26% mientras que en mujeres es de 25,6%. Y, por último, en cuanto al paro, destaca el 25,8% para la población masculina y un 26,7% para la población femenina.

Se ha elegido un periodo de 18 años para comparar ya que se ha considerado que en este periodo de tiempo ha habido un avance muy significativo respecto a los derechos de las mujeres con y sin discapacidad.

Son muy variados los prejuicios que se tienen sobre las mujeres con discapacidad en el ámbito laboral. Entre ellos son los que tienen los empresarios a la hora de contratar, haciendo mucho más dificultosa la obtención de empleo. Son muchas las barreras

arquitectónicas y de comunicación las que dificultan la integración, no pudiendo demostrar su capacidad. Piensan que dar menor rentabilidad, se les confunden con personas enfermas o simplemente no les agrada su imagen (Shum, et al., 2003).

4.2.4. CONCILIACIÓN FAMILIAR Y LABORAL

La creciente incorporación de la mujer al mercado laboral es un hecho muy destacable en nuestro tiempo. En cambio, las obligaciones familiares hacen de obstáculo en lo que a la carrera profesional se refiere. El modo de pensar y la organización social tradicional les asignan funciones que interrumpen su realización personal y su aportación a la sociedad.

Muchas mujeres, al tener falta de tiempo entre el trabajo y las obligaciones familiares, acaban abandonando sus puestos laborales para dedicarse en su totalidad a la familia. Esto hace que a mujer dependa del hombre y se fomente dominancia de los varones.

Por otro lado, las mujeres con discapacidad encuentran mayores obstáculos a la hora de encontrar pareja y formar una familia independiente a la de origen. Por ello, muchas mujeres mayores se ven abocadas a vivir solas, con escasas redes de apoyo familiar o en centros residenciales.

4.2.5. ABUSO ECONÓMICO

Otro tipo de violencia la ejerce el entorno más cercano de la mujer. La gestión de los ingresos, ya sean de rentas o pensiones, se escapa del control de la mujer pasando a formar parte del conjunto de los ingresos de la unidad familiar, quien es quien decide en qué se utiliza sin tener en cuenta las necesidades de la mujer en concreto. Este tipo de violencia se denomina abuso económico, que consiste en privar a la mujer con discapacidad de sus derechos en relación a su dinero y se manifiesta en la explotación laboral por parte de algunos padres, tanto en áreas como en la obligación de trabajar más allá de sus posibilidades físicas y en la explotación financiera de apropiarse de sus ingresos (Mun Man, et al, 2006).

4.2.6. PAPEL DE LA MUJER COMO CUIDADORA INFORMAL

Se denomina cuidador informal al conjunto de personas que realizan la tarea de cuidado de personas con enfermedades, con discapacidad o mayores, que no pueden valerse por sí mismas para la realización de las actividades de la vida diaria (López García, 2016).

Alrededor de un 85% de mujeres del total de cuidadores dedican una importante actividad diaria al cuidado de personas con dependencia o discapacidad, sin embargo, es poco visible y reconocida socialmente. Esta labor, que supone el desempeño de un rol tradicional, dificulta la participación social y la autonomía de las cuidadoras además de darle un valor social muy escaso al cuidado, ya que este es más trabajo y no está remunerado.

Las mujeres que se dedican al cuidado consideran su tarea como un deber moral (90%) y en muchos casos lo realizan por iniciativa propia (59%), piensan que encargarse de ello las hace dignas. Por otro lado, otra gran parte acepta que no tiene otra elección y que les afecta notoriamente a su calidad de vida.

Las personas que se dedican al cuidado sufren una mayor presión y esfuerzo que no es apreciado, afecta tanto personalmente en su propia salud como en su entorno. Son muy comunes sentimientos de frustración e impotencia ya que en muchas ocasiones tienen que abandonar sus puestos de trabajo para dedicarse completamente al cuidado de la persona. Existen dificultades económicas, alteraciones emocionales, falta de tiempo para si mismas, reducción o desaparición de los momentos de ocio, etc.⁶

5. ANÁLISIS REALIZADO

Tras estudiar la discriminación que sufren las mujeres en el entorno general de la discapacidad, como estudio exploratorio se ha realizado una encuesta semiestructurada a hombres y mujeres con DCA para estudiar la diferencia de la situación de cada uno.

⁶ DISCAPNET. (Sin fecha). *El cuidador: concepto y perfil. [on line]*. Recuperado de: <https://www.discapnet.es/areas-tematicas/canal-senior/el-cuidador/cuidado-del-cuidador/concepto-y-perfil>

5.1. PRESENTACIÓN DE LA ENTREVISTA

El cuestionario consta de un total de 24 preguntas con varios subtipos según la respuesta (Ver Anexo 1). Se han realizado preguntas sobre la discapacidad propia como el grado de discapacidad, la causa de la lesión y la edad. Para comparar las consecuencias de la discapacidad se ha preguntado el antes y después del DCA sobre los estudios cursados y los puestos laborales. Para comprobar el papel de la mujer condicionado por la sociedad tradicional se ha preguntado sobre quién fue la persona que le proporcionó los cuidados al sufrir el daño, quién se encarga del cuidado de los hijos (si es que los tiene), quién realiza las tareas domésticas, etc. También se ha preguntado por si han sufrido algún tipo de violencia, la percepción de quién tiene más oportunidades para encontrar trabajo (el hombre o la mujer), el tipo de pensión que cobran, la razón por la que piensan que no tienen pareja (a aquellos que no la tienen), sobre las amistades y sobre el conocimiento de la ideología feminista y machista.

5.2. PRESENTACIÓN DE RESULTADOS

INFORMACIÓN BÁSICA

Se ha encuestado a un total de 23 personas, las cuales el 60,87% son hombres y el 39,13% son mujeres. Resaltar que gran parte de la población de personas con DCA investigada se encuentran en el intervalo de edad de 26 a 45 años, con el 57,14% de los hombres y el 77,77% mujeres. Por otro lado, nos encontramos sólo a un hombre que tiene una edad menor de 25 años (tabla 3).

Tabla 3: *Personas afectadas por DCA por edad y sexo*

Edad	Hombres	Mujeres	TOTAL
16 a 25	1	0	1
26 a 35	5	3	8
36 a 45	3	4	7

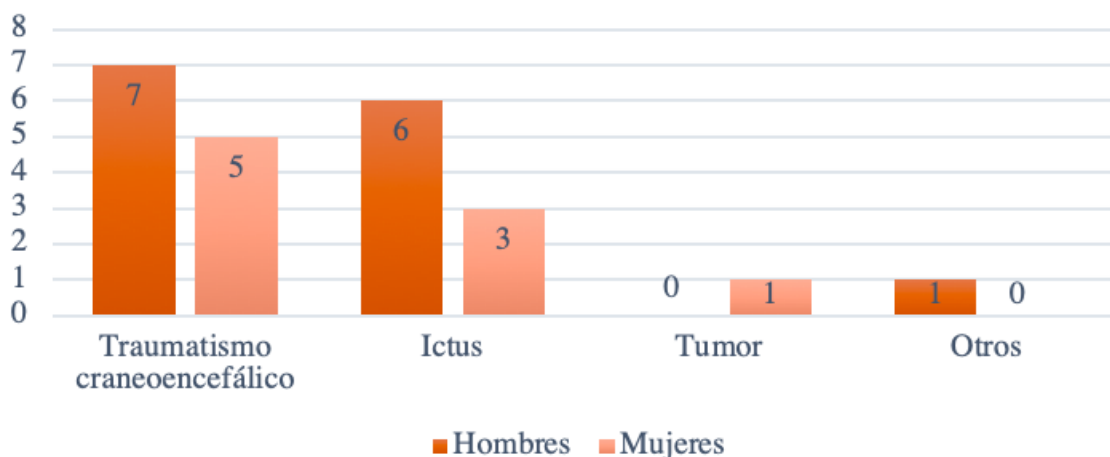
46 a 55	3	1	4
56 a 65	2	1	3
TOTAL	14	9	23

Fuente: Encuesta realizada a personas afectadas por un DCA. Elaboración propia, abril 2019.

La población en relación con la edad es importante para este tipo de estudio porque, según la edad que tenga la persona que padece el DCA, se encontrará con situaciones en su vida características a ese momento. El intervalo más común de edad de las personas entrevistadas (26 a 45 años) es muy determinante ya que es en este periodo donde se busca una autonomía, independizarse, encontrar un trabajo, formar una familia, etc.

Es importante conocer las causas del DCA para la realización de este estudio ya que da información muy importante a la hora de centrar la encuesta y saber la situación por la que ha pasado y esta pasando el usuario entrevistado (gráfico 2).

Gráfico 2: *Causa del DCA*



Fuente: Encuesta realizada a personas afectadas por un DCA. Elaboración propia, abril 2019.

En cuanto a las causas más comunes de DCA destaca el traumatismo craneoencefálico en un 50% en hombres y un 55,55% en mujeres, habiéndose producido en edades jóvenes, con accidentes, disparos, intentos de suicidio, etc. Respecto al ictus podemos decir que se presenta en edades más avanzadas, en este caso en un 42,86% de los hombres y en un 33,33% de las mujeres.

Otro dato muy importante para esta investigación es conocer quién ha desempeñado el rol del cuidador en el momento de producirse la lesión (tabla 4).

Tabla 4: *Cuidados mayoritarios al producirse el DCA*

Parentesco	Hombre	Mujer
Madre	57,14%	77,78%
Padre	0%	11,11%
Marido/pareja	0%	11,11%
Mujer/pareja	42,86%	0%
Otros	0%	0%

Fuente: Encuesta realizada a personas afectadas por un DCA. Elaboración propia, abril 2019.

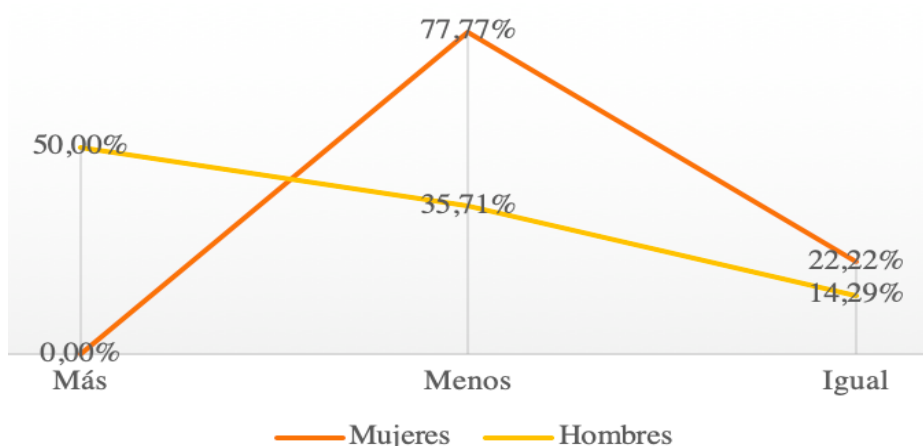
Podemos observar que en más de la mitad de los casos los hombres afectados por DCA y en más de tres cuartos de las mujeres afectadas, han sido cuidados/as por la figura maternal. En hombres, destaca el cuidado de la mujer/pareja en un 42,86%, mientras que en el caso de las mujeres el 11,11% ha sido cuidado por su marido/pareja. Vemos claro el importante papel que cumplen las mujeres como cuidadoras informales siendo casi inexistente la figura del hombre. Éstas sufren consecuencias del cuidado acarreando repercusiones económicas, laborales y afectación de la salud tanto física como psicológicamente.

ACTIVIDAD LABORAL

Respecto a la actividad laboral antes del DCA, en hombres destacan puestos de trabajo tales como recepcionistas, operarios de fábricas, mecánicos, constructores, dependientes, etc. En cambio, en mujeres, figuran puestos de trabajo tales como limpiadora, camarera, artesana, industria textil, etc. Podemos evidenciar la distinción entre los puestos laborales en los que han trabajado ellos y ellas. Tradicionalmente en gran medida y actualmente se siguen estratificando algunos puestos laborales con el género. Por último, destaca que el porcentaje de mujeres que no han trabajado es mayor que en hombres; esto es por los mayores desafíos a los que se enfrentan las mujeres en el mercado laboral.

En el gráfico 3 se mide la consciencia de las personas entrevistadas sobre tener más o menos oportunidades para encontrar trabajo siendo hombre o mujer.

Gráfico 3: *Percepción de las oportunidades para encontrar trabajo siendo hombre o mujer*



Fuente: Encuesta realizada a personas afectadas por un DCA. Elaboración propia, abril 2019.

Podemos observar que el 50% de los hombres consideran que tienen más oportunidades que ellas y el 77,77% de mujeres piensan que tienen menos que ellos; esto quiere decir que las mujeres son más conscientes de la situación actual laboral que los hombres. La otra mitad de los varones tienen una concepción de la situación laboral errónea, dando razones tales como: “las mujeres son más inteligentes”.

ESTUDIOS

Tabla 5: *Estudios antes del DCA*

Estudios	Hombres	%	Mujeres	%
Sin estudios	1	7,15%	0	0,00%
Primarios	2	14,29%	5	55,55%
Secundarios	5	36,71%	2	22,22%
Bachillerato	1	7,14%	0	0,00%
Grado medio	2	14,29%	1	11,11%
Grado superior	2	14,29%	0	0,00%
Estudios universitarios	1	7,14%	1	11,11%
TOTAL	14	100%	9	100%

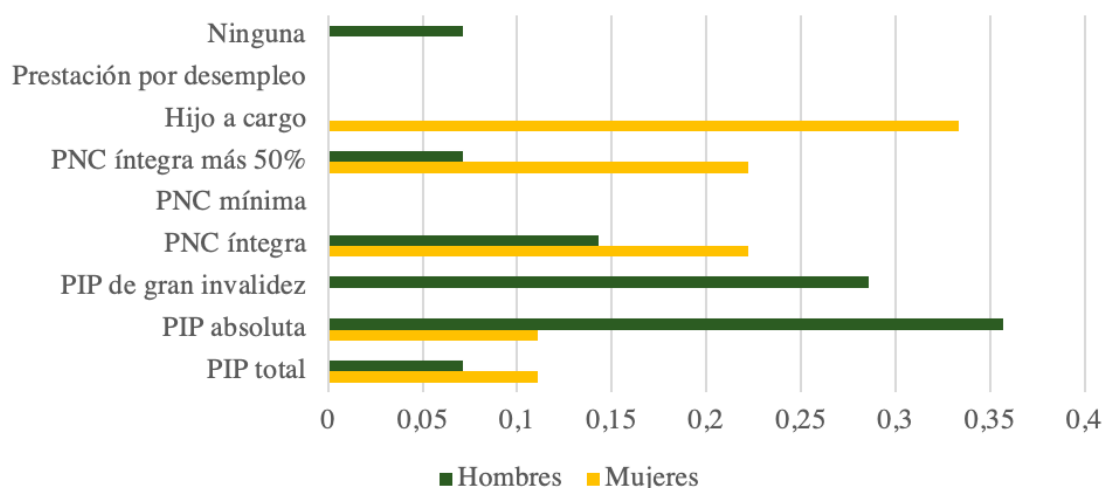
Fuente: Encuesta realizada a personas afectadas por un DCA. Elaboración propia, abril 2019.

Destaca como principal diferencia los estudios primarios de las mujeres (55,55%) respecto al de los hombres (14,29%), poseyendo títulos más elevados como grados superiores (14,29%); muchas de ellas tuvieron que dejar de estudiar para ponerse a trabajar o realizar las labores del hogar, teniendo menos posibilidades que los hombres para formarse académicamente (tabla 5).

Posteriormente, después del DCA, tanto hombres como mujeres no han estudiado ninguna formación reglada, pero sí algunos cursos que no son oficiales del CRMF, por ejemplo.

PENSIÓN

Gráfico 4: *Tipo de pensión*



Fuente: Encuesta realizada a personas afectadas por un DCA. Elaboración propia, abril 2019.

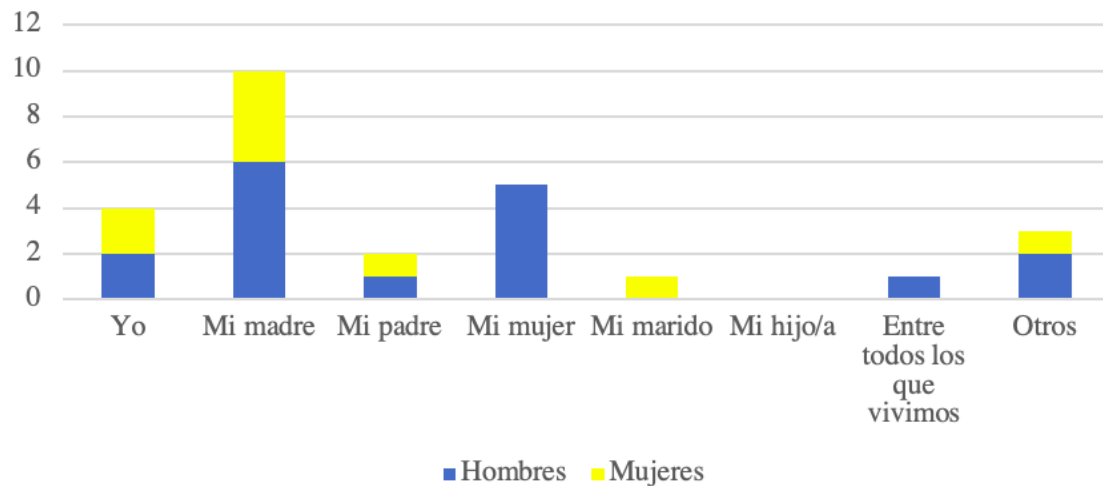
En rasgos generales entre las pensiones contributivas podemos observar la gran diferencia entre hombres (28,58%) y mujeres (0%) que cobran la PIP de gran invalidez; y también, la PIP absoluta que cobran un 11,11% de mujeres frente a un 35,71% de hombres. Las pensiones contributivas se conceden según los años cotizados, por consiguiente, llegamos a la conclusión de que en el caso de las féminas han trabajado menos que los varones, por haber tenido menos oportunidades, trabajos sin contrato, dedicación al hogar u otras causas de diversa índole (gráfico 4).

CONVIVENCIA

Respecto a la convivencia, de todas las mujeres entrevistadas ninguna vive sola, en cambio, el 14,29% de los hombres sí. También destaca que ningún varón, de los seis entrevistados que tienen hijos, convive con ellos; sin embargo, el 11,11% de las mujeres sí. Los hombres al adquirir el daño dejan de desempeñar el rol de padre (si es que en el

momento lo estaban realizando) y las mujeres son las que se tienen que encargar de ello; por lo contrario, las mujeres con DCA siguen, en muchas ocasiones, desempeñando sus funciones como madre después de la lesión, encargándose además del hogar (gráfico 5), etc.

Gráfico 5: *Realización de las tareas domésticas*



Fuente: Encuesta realizada a personas afectadas por un DCA. Elaboración propia, abril 2019.

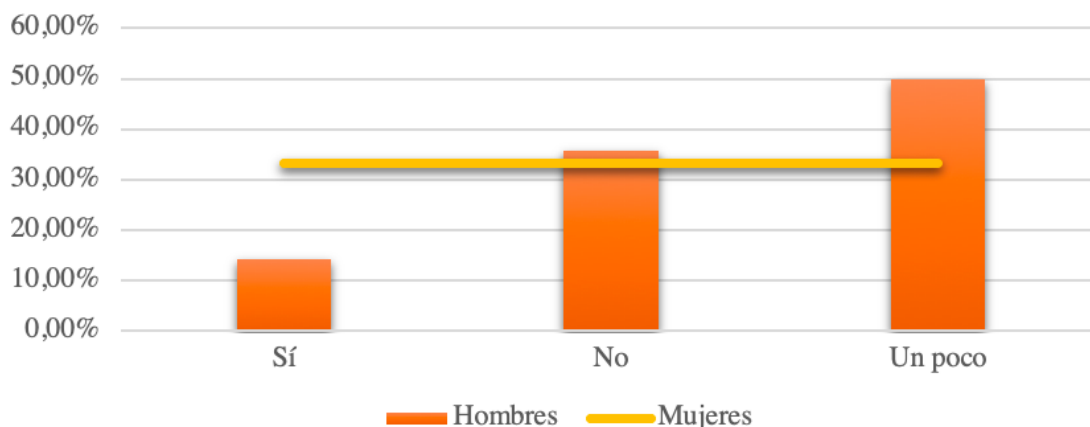
Respecto a la realización propia de las tareas domésticas destacamos dos casos de hombres (14,29%) y dos de mujeres (22,22%); estas situaciones podemos relacionarlas con la convivencia explicada anteriormente, es decir, los dos hombres que se dedican a hacer las tareas domésticas es debido a que viven solos y no tienen a nadie que se las haga, mientras que en el caso de las mujeres son dos las que se encargan de hacerlas ellas solas viviendo con una o más personas.

Podemos observar una gran diferencia entre el gran número de madres respecto a padres que realizan las tareas domésticas, siendo la figura maternal el 42,86% en hombres y el 44,44% en mujeres y la figura paternal el 7,14% en hombres y 11,11% en mujeres. Por otro lado, respecto a las parejas de marido y mujer, también podemos sacar en claro una gran diferencia entre aquellos hombres cuya pareja/mujer hacen las tareas (35,71%) frente a aquellas mujeres cuya pareja/marido las hace (7,14%). Como ya hemos mencionado, esto es por el pensamiento tradicionalista de que la mujer se debe dedicar al hogar y realizar las tareas tales como limpiar, cocinar, lavar, etc. Además, estas mujeres en muchas ocasiones sufren de la llamada “doble jornada”, haciendo su actividad laboral

o educativa (en este caso educativa, en el CRMF) y alternándola con las labores del hogar generando un gran estrés pudiendo llegar a generar una sobrecarga.

ALIMENTACIÓN

Gráfico 6: *Saben cocinar*



Fuente: Encuesta realizada a personas afectadas por un DCA. Elaboración propia, abril 2019.

Respecto a saber cocinar el 14,29% de los hombres saben respecto a un tercio de las mujeres. Como ya he mencionado anteriormente, el caso de estos dos hombres, no tienen otra que saber hacerlo ya que viven solos y nadie puede cocinar por ellos, en cambio, en el caso de las mujeres sí saben aun viviendo acompañadas. Gran parte de las mujeres que refieren no saber cocinar o “un poco” es por no acordarse al producirse el DCA. Por último, destacar que, aunque la mayoría de los varones saben cocinar un poco, no lo hacen nunca en sus hogares (gráfico 6).

PAREJA

El 35,71% de los hombres y el 44,44% de las mujeres tienen pareja. Del 35,71% de los hombres que tienen pareja todos están casados, mientras que la mitad de las mujeres

que tienen pareja están casadas. Sólo hay un hombre divorciado (7,14%) y el resto no tiene situación legal reconocida.

Se ha preguntado la razón por la que piensan que no tienen pareja a aquellos que no tienen para saber si son conscientes de que su discapacidad puede ser una limitación en muchos ámbitos de la vida, incluyendo tener pareja (gráfico 7).

Gráfico 7: Razón por la que piensan que no tienen pareja



Fuente: Encuesta realizada a personas afectadas por un DCA. Elaboración propia, abril 2019.

Las mujeres son más conscientes que los hombres de que tienen más dificultades a la hora de encontrar pareja por tener discapacidad (muchas personas tienden a aislarse, tienen problemas para relacionarse, de comunicación, etc.). En cambio, la mayoría de los hombres no piensan que no tienen pareja por su discapacidad, si no porque no han tenido suerte sin pensar en sus limitaciones.

En relación a la pregunta dirigida a aquellos que se han divorciado de sus parejas, solo figura el caso de un hombre que refiere el haberse separado de su mujer porque no les iba bien. Por otro lado, todas aquellas personas encuestadas mayores de 40 años consideran que no han tenido la oportunidad de casarse. En ninguno de los dos casos lo han vinculado con factores relacionados con su discapacidad (no tiene obligatoriamente que influir, pero si es un factor predominante).

Por último, de aquellas personas encuestadas menores de 40 años que nunca se han casado han referido que el 80% de los hombres y el 40% de mujeres les gustaría casarse en el futuro, mientras que el resto no quiere por diversas causas como las limitaciones que produce la discapacidad, los gastos que supone una boda, etc.

FAMILIA

El 22,22% de las mujeres y el 42,86% de los hombres entrevistados tienen hijos. Aquellas personas que han tenido hijos han sido antes de producirse el DCA excepto en un hombre que sufrió el DCA a los 18 años y tuvo a su hijo a los 30.

Gráfico 8: *Cuidado de los hijos antes*

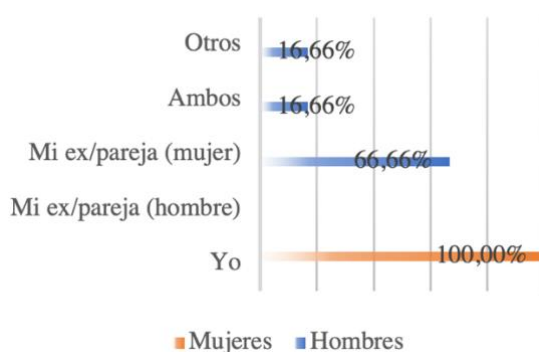
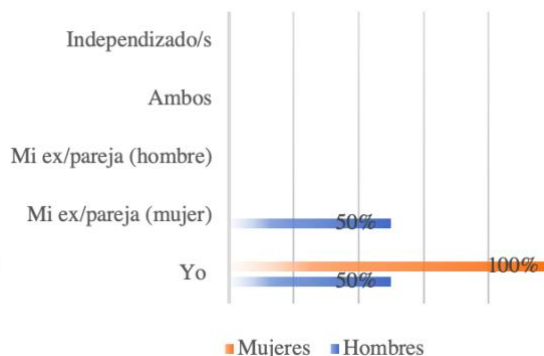


Gráfico 9: *Cuidado de los hijos después*



Fuente: Encuesta realizada a personas afectadas por un DCA. Elaboración propia, abril 2019.

Respecto al cuidado de los hijos antes de producirse el DCA (gráfico 8) resalta que los hijos de más de la mitad de los hombres (66,66%), los han cuidado sus ex/parejas (mujer). En cambio, el 100% de las mujeres que tienen hijos los han cuidado ellas solas antes de producirse la lesión. Vemos aquí entonces la gran diferencia de roles entre hombres y mujeres respecto al cuidado de los hijos, siguiendo el modelo de familia tradicional.

Después de producirse la lesión (gráfico 9), destaca por que el 100% de los hijos de las mujeres ya están independizados, por lo cual, no podemos saber si después del DCA se encargarían ellas del cuidado. Por otro lado, la mitad de los hombres que tienen hijos, actualmente los cuidan sus ex/parejas y la otra mitad están independizados. Ningún varón se encarga del cuidado de sus hijos después de la lesión.

POSICIÓN FAMILIAR

Para estimar si se sienten integrados en la unidad familiar como uno más se les ha preguntado por si sienten que se les valora en casa. El 78,57% de los hombres y el 77,77% de las mujeres consideran que si se les valora; el 11,11% de mujeres y el 14,29% de

hombres piensan que se les valora a veces; y el 7,14% de hombres y el 11,11 de las mujeres consideran que no se les valora en casa (“pienso que soy invisible”, “a veces no me hacen caso cuando digo algo”).

La principal secuela que deja el DCA en el entorno familiar es el cambio de roles, por ello se les ha preguntado sobre su percepción del cambio de posición en sus familias. Un 81,71% de los hombres y un 77,77% de las mujeres si consideran que ha cambiado su posición, en esta opción se les ha preguntado el por qué y destacan respuestas como: “por la discapacidad que tengo ha cambiado”, “he retomado el contacto con mi familia a partir del DCA”, “antes podía valirme por mí mismo”, “antes yo me encargaba de todo y ahora lo hace mi marido porque a mi se me olvidan las cosas”, etc. Por otro lado un 22,22% de mujeres y un 14,29% de hombres consideran que su posición no ha cambiado (podemos ver en este caso la inconsciencia del cambio de posición, que al final siempre se produce en todos los afectados). En este caso podemos observar la equiparación de las situaciones entre hombres y mujeres.

GRUPO DE AMIGOS

Gráfico 10: *Tienen grupo de amigos*

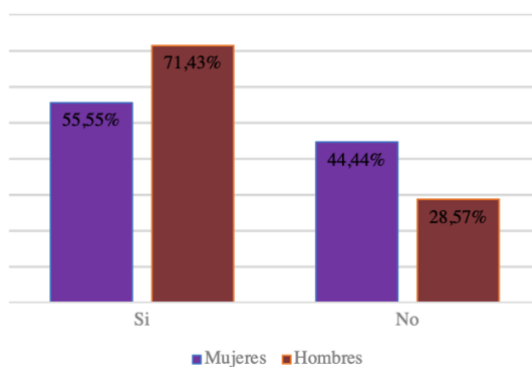


Gráfico 11: *Sexo del grupo de amigos*

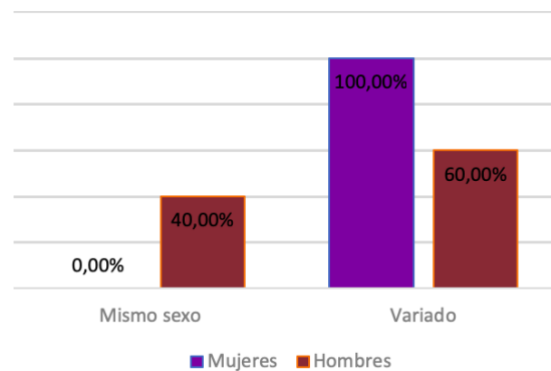
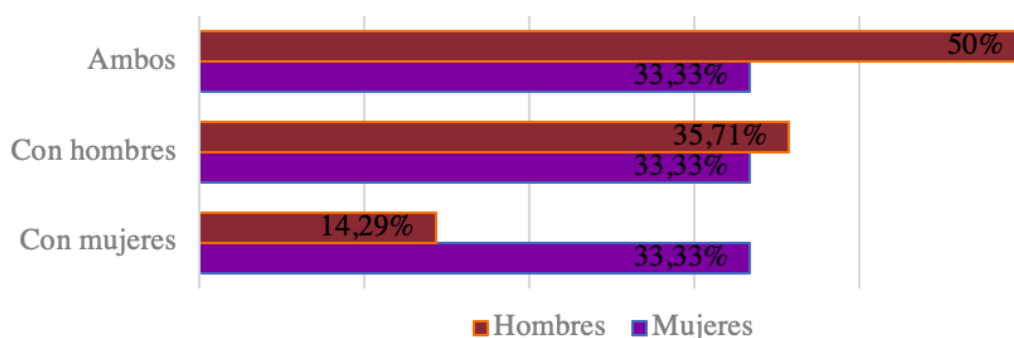


Gráfico 12: *Con quién se llevan mejor*



Fuente: Encuesta realizada a personas afectadas por un DCA. Elaboración propia, abril 2019.

Las personas con DCA tienen más dificultades a la hora de establecer amistades debido a los problemas de movilidad, afasia, secuelas cognitivas, etc. Podemos observar que casi la mitad de las mujeres no tienen grupo de amigos, sin embargo, en el caso de los hombres solo es el 28,57% (gráfico 10). Por otro lado, aquellas mujeres que si tienen amigos son todos de sexo variado, en cambio, en hombres podemos percibir que el 40% tienen amigos del mismo sexo y el otro 60% variado (gráfico 11).

Podemos concluir que la prevalencia de aislamiento social por parte de las mujeres es mayor que en los hombres, añadiendo que los hombres tienen un gran porcentaje de amigos o compañeros del mismo sexo, siendo en el caso contrario que en las mujeres el sexo del grupo de amigos es variado.

Por otra parte, observando el gráfico 12, la mitad de los varones entrevistados consideran que se llevan bien con ambos sexos, el 35,71% considera que se lleva mejor con hombres (“siempre he tenido amigos hombres”, “mis compañeros de trabajo siempre han sido hombres”, “me entiendo mejor con hombres”, etc.), y el 14,29% se llevan mejor con mujeres (“no sé por qué”, “dan más confianza”). En el caso de las mujeres nos encontramos con una equidad, 33,33% ambos sexos, 33,33% con mujeres, 33,33% con hombres. Aquellas féminas que consideran que se llevan mejor con mujeres destacan razones como: “nos comprendemos mejor al ser mujeres”, “dan más confianza”, “tengo fobia a los hombres por el maltrato que he sufrido en mi vida”; aquellas que se llevan mejor con hombres dicen: “no se por qué”, “con chicas peor porque somos muy malas entre nosotras”, etc. Algunas de las mujeres entrevistadas tienen un concepto nefasto sobre su propio género; esto está relacionado con la construcción de la identidad de ellas, ya que sufren un proceso más complejo que el del hombre y, también por las funciones que les hace realizar la sociedad que son mucho más dificultosas de las expectativas que

se tienen de los varones. Por otro lado, también destaca una razón común de varios hombres que se llevan mejor con personas de su mismo sexo: “siempre he tenido compañeros de trabajo hombres”; esto confirma que aun la incorporación de la mujer en el mercado laboral no es completa y que todavía sigue habiendo trabajos estratificados según el género.

VIOLENCIA

Tabla 6: *Han sufrido violencia*

	Sí	No
Mujeres	33,33%	66,66%
Hombres	0,00%	100,00%

Tabla 7: *Cuándo han sufrido la violencia*

	Antes del DCA	Mi pareja me provocó el DCA	Después del DCA
Mujeres	66,66%	33,33%	0%
Hombres	0,00%	0,00%	0%

Fuente: Encuesta realizada a personas afectadas por un DCA. Elaboración propia, abril 2019.

Podemos observar (tabla 6) que el 100% de los hombres entrevistados no ha sufrido violencia por parte de sus parejas, mientras que el 33,33% de las mujeres sí. Además (tabla 7), el 66,66% de las mujeres que han sufrido violencia ha sido antes de que se produjera el DCA y al 33,33% la pareja le provocó la lesión. Todas las mujeres que han sufrido violencia denunciaron en su momento.

El hecho de que un tercio de las mujeres entrevistadas hayan sido agredidas en algún momento de sus vidas es algo muy grave que, desgraciadamente, en mayor medida están sufriendo las mujeres en la actualidad. Muchas refieren haber estado sometidas y haber tenido miedo hacia su pareja. Ponemos de manifiesto la gravedad de la situación de violencia de género al tener de ejemplo una mujer la cual su DCA fue provocado por su pareja.

DISCRIMINACIÓN

Podemos observar un leve porcentaje mayor en mujeres (44,44%) respecto al de los varones (35,71%) al sentirse discriminados alguna vez en su vida por tener discapacidad. Las mujeres refieren haber oído comentarios tales como: “no lo cojas, que no puedes”, “cómo vas a ir tu sola hasta allí”, etc.; y en hombres destacan algunos tales como: “no le hagas caso, que no se entera”, etc. Los hombres manifestaban en mayor medida darles

igual este tipo de comentarios mientras que las mujeres se sentían más ofendidas o dolidas al contarlos.

Una de las preguntas del cuestionario es definir a la mujer y a la mujer con discapacidad con tres palabras. Respecto a las palabras escogidas para definir a la mujer en mujeres destacan: trabajadora, inteligente, madre, presumida, tonta, cariñosa, valiente, luchadora, etc.; en el caso de los hombres las más notables son: sensual, peligrosa, irónica, paciente, mala, astuta, coqueta, cariñosa, madre, trabajadora, cuidadosa, fiel, etc.

Respecto a la definición de mujer con discapacidad sobresalen en mujeres: no madre, trabajadora, aprovechada, sensible, menospreciada, valiente, presumida, risueña, cuidadosa, etc.; en hombres destacan: desconfiada, preguntona, mentirosa, valiente, melosa, sufrida, fuerte, tenaz, alegre, preocupada, etc.

Naturalmente, los adjetivos no tienen género concreto, es decir, puede atribuirse tanto para el género masculino como el femenino (por ejemplo: guapa-guapo, cariñosa, cariñoso, etc.), pero son muchos los que se atribuyen a un género determinado debido a los ideales tradicionales. Una palabra muy destacada es la de “madre” en mujeres sin discapacidad y la de “no madre” en mujeres con discapacidad. Como ya he explicado anteriormente, antes se educaba y actualmente se educa (aunque en menor medida) a las mujeres con el único objetivo de crear y criar hijos dedicándose completamente al hogar; por otro lado, las personas con DCA también tienen derecho a elegir si quieren tener un hijo, el hecho de tener discapacidad no quiere decir que no puedan tenerlo (esto también puede depender del nivel de secuelas que le ha dejado la lesión). También figuran más palabras que se asocian con el género femenino tales como: cuidadosa, coqueta, aprovechada, sensible, presumida, cariñosa, etc.

Por otro lado, en algunos casos se define a la mujer con discapacidad de una manera despectiva con palabras tales como: desconfiadas, preguntonas y mentirosas. Esto hace que se tenga un concepto erróneo y fomente la discriminación y la imposibilidad de que puedan llevar una vida normalizada. Puede que muchas personas piensen que son de esta manera y esto les afecte a poder encontrar un trabajo, buscar pareja, hacer nuevos amigos, poder formar una familia, etc.

AUTOESTIMA

Una de las preguntas consiste en medir del 1 al 10 el grado de autoestima en el que están en ese momento, destaca una media de puntuación en mujeres de 5,11 y en hombres de 6,79. La autopercepción es algo básico en el desarrollo integral de cualquier persona, en particular en el ámbito emocional, por ello está asociado a la calidad de vida percibida. La diferencia de puntuación entre hombres y mujeres puede deberse a que ellas se vean reprimidas o sometidas en el doble proceso de discriminación (por ser mujer y tener discapacidad) y esto contribuye a que afecte sobre su autoconcepto y obstaculice su capacidad de autodeterminación. La autoestima es un reto para las personas con discapacidad en general, pero más para las mujeres. Destacan frases tales como: “siento que no valgo para nada”, “no pienso que soy guapa”, “no puedo andar”, etc.

IDEOLOGÍA

Gráfico 13: *Conocimiento del machismo*

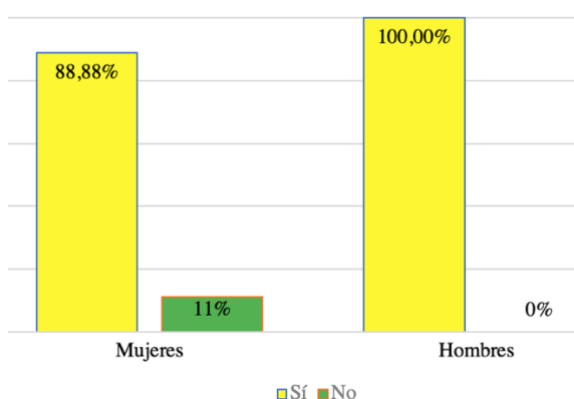
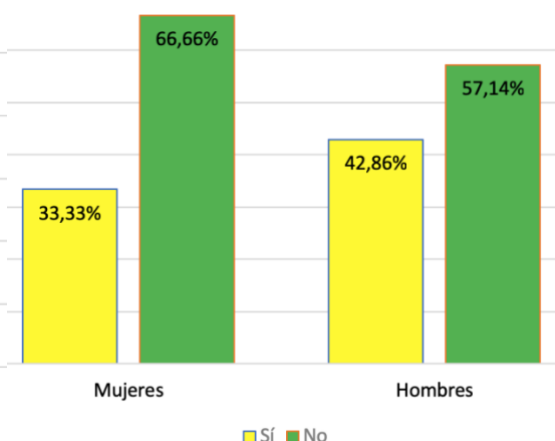


Gráfico 14: *Conocimiento del feminismo*



Fuente: Encuesta realizada a personas afectadas por un DCA. Elaboración propia, abril 2019.

Como se puede observar en los gráficos 13 y 14 destaca un gran desconocimiento acerca el movimiento social feminista por parte tanto de los hombres como de las mujeres. En cambio, respecto al machismo, todos los hombres en su totalidad y la mayor parte de las mujeres saben lo que es.

En relación con la opinión de cada una de las ideologías, todos/as los que saben qué es el machismo, afirman que es algo muy perjudicial para la mujer y no están de acuerdo. Sin embargo, algunas de aquellas personas entrevistadas que sí conocen qué es el feminismo (más común en hombres) dicen comentarios tales como: “las mujeres están

muy locas”, “se están pasando con las denuncias falsas”, “me parece muy correcto lo que busca el feminismo, pero me gusta tratarlas con cariño y con debilidad, como si fueran el sexo débil, pero sé que en realidad no lo son”. Con esto seguimos confirmando el hecho de que aún sigue habiendo estereotipos y creencias que hacen inferiores a las mujeres en diversos ámbitos, un ejemplo de ello es pensar que la mujer es el sexo débil, querer tratarlas con debilidad o creer que mienten en lo que a denuncias de violencia de género se refiere.

Existe un gran desconocimiento de lo que de verdad consiste el movimiento social feminista, muchos de ellos/as piensan que es una lucha entre hombres y mujeres o la inferioridad del hombre respecto a la mujer, pero en realidad lo que busca y fomenta es la igualdad tanto en el ámbito político como social y económico.

6. PAPEL DEL TRABAJADOR SOCIAL

Entre las principales funciones del trabajador social en el ámbito del DCA destacan las siguientes (FEDACE, 2006):

1. Asesorar, fomentar y facilitar los recursos disponibles propios de la familia, de alguna asociación, del entorno, de la sociedad o recursos concretos para DCA; formación de los cuidadores primarios.
2. Realizar valoraciones sociofamiliares, determinar necesidades, mantener el contacto con otros profesionales para un seguimiento, etc.
3. Proporcionar apoyo emocional, trabajando en especial el proceso de duelo. Evitando el aislamiento, ayudándoles también a cuidarse y facilitando el afrontamiento.
4. El trabajador social como cauce de derivación a los servicios de apoyo: evaluando los aspectos sociofamiliares y siendo interlocutor del equipo interdisciplinar ante la familia. A partir de la valoración del equipo se analiza la situación con la familia y se llega a un acuerdo sobre el recurso más adecuado. El trabajador es el nexo de unión entre los profesionales, la familia, los recursos y el afectado.
5. Atención domiciliaria para realizar valoraciones sociofamiliares, acompañamientos, seguimiento, reducir la carga al cuidador, etc.
6. Información sobre los apoyos económicos y ayudas técnicas.
7. Facilitar la coordinación, hacer seguimiento de casos y replanteamiento de los objetivos de intervención a partir de la reevaluación.
8. Fomentar la autonomía del afectado realizando una actuación preventiva y de planificación.

6.1. POSIBLES ACTUACIONES DEL TRABAJADOR SOCIAL COMO AGENTE DE CAMBIO

A partir del análisis de fuentes secundarias y primarias, se han propuesto posibles actuaciones del trabajador social como agente de cambio para poder equilibrar la situación de las mujeres con discapacidad y del entorno:

1. Fomentar desde la educación la igualdad entre hombres y mujeres tanto en niños y adolescentes en etapa formativa como a las personas afectadas por un DCA que se encuentran en diversas entidades. Es importante reforzar la educación en los niños para que crezcan en un ambiente de igualdad y se den en menor medida situaciones discriminatorias. Por otro lado, también es esencial educar y formar a las personas con DCA en las diversas entidades ya que éstas han sufrido un daño en el cerebro que les ha afectado a diversas áreas cognitivas, pudiendo llegar a realizar comportamientos discriminatorios hacia el género femenino.
2. Realizar talleres relacionados con la violencia de género para concienciar, tanto en niños, como en adolescentes y en personas afectadas por un DCA en las entidades en las que se encuentren.
3. Efectuar charlas dirigidas a las familias en el que se aborden aspectos sobre la autonomía de su familiar afectado por DCA. Como ya se ha explicado anteriormente, muchas son las familias las que, de tanta sobreprotección que ejercen sobre su familiar afectado, acaban provocándoles un aislamiento demasiado perjudicial. Un ejemplo de ello es el control exhaustivo del dinero, el dejarles en casa sin realizar ninguna actividad, no dejarles tomar sus propias decisiones, etc. Estos casos son mayores en mujeres.
4. Como actividades de ocio y tiempo libre en aquellas entidades para personas con DCA, sería recomendable preparar talleres relacionados con la realización de las tareas domesticas para que aprendan a cocinar, lavar planchar, etc., con material adaptado a sus limitaciones físicas y cognitivas. Muchos/as de ellos/as, al adquirir el daño, han olvidado, por ejemplo, saber cocinar; esto es algo que debe cambiar ya que algunos no tienen o no tendrán otra opción que vivir solos, y el hecho de no saber puede conllevar a consecuencias fatales. Por otro lado, también es

conveniente fomentar y enseñar la realización de las tareas domesticas para que las mujeres no sean las únicas y que los hombres se encarguen también de ello.

5. Impartir charlas, también dirigidas a los familiares, en los que se plantee el tema de los cuidados informales, de las consecuencias de que solo sea una persona la que se encargue de realizarlos (mayoritariamente suelen ser las mujeres). Con estas charlas se quiere concienciar y poder mejorar la situacion de inferioridad en la que se encuentra la mujer en el entorno de la discapacidad y dependencia.
6. Ejecutar concentraciones feministas en las que se reivindique los derechos de las mujeres con discapacidad y poder dar mayor visibilidad al colectivo.
7. Como otras actividades de ocio y tiempo libre en entidades de personas con DCA, se realizarían actividades relacionadas con la socialización, sobretodo la implicación entre hombres y mujeres para que todos puedan tener las mismas posibilidades de generar nuevas amistades y de sexo variado.
8. Realizar sesiones individualizadas con las mujeres con DCA para dotarles de herramientas que refuercen su autoconcepto y les permitan afrontar los retos sociales que pueden perjudicarlas. En este caso también es recomendable hacerlo con hombres ya que, aunque sea en menor medida, tienen mermada su autoestima

7. CONCLUSIONES

Como se ha comprobado a lo largo de este trabajo, el DCA es una discapacidad que se produce de manera repentina repercutiendo gravemente la vida de la persona y su entorno más cercano. La vida de la persona se paraliza y de los familiares más cercanos también. Es una discapacidad doblemente oculta por la variedad de las secuelas y la desestructuración familiar que desencadena.

Aunque hemos podido observar que ha habido una gran evolución en los derechos de las mujeres con y sin discapacidad, los datos analizados cuantitativamente en el marco teórico y los resultados obtenidos en el análisis cuantitativo, a partir de encuestas, ponen de manifiesto la situación de mayor vulnerabilidad por la que pasan las mujeres en el entorno de la discapacidad, más concretamente en el DCA, en diferentes áreas como la laboral, familiar, educativa, etc.

La estratificación de los puestos de trabajo según el género tan relacionado con las condiciones del puesto, la imposición de una educación dirigida a la maternidad y tareas del hogar, las situaciones de violencia de género, las pocas posibilidades de formación, la prevalencia a un mayor aislamiento social, etc. son circunstancias en las que se manifiestan situaciones de desigualdad de las mujeres respecto a los hombres.

Teniendo en cuenta que “cualquier forma de discriminación es una violencia” (Mun Man, et al, 2006, p.105), se puede decir que esas posiciones de desigualdad son fruto de una violencia que es invisible a veces (y otras no), incluso para las mujeres que sufren en primera persona esta situación. Se trata de una violencia que ha sido impuesta desde hace muchos años por el contexto socio-cultural y ha sido tan arraigada desde hace tanto que las personas creen que las funciones de los hombres y las mujeres en la vida están bien delimitadas y son muy distintas.

Como el trabajo social es una profesión que, aparte de otras funciones, promueve el cambio, se considera de vital importancia el papel de este profesional para promover la igualdad realizando diferentes actuaciones tales como he expuesto en el apartado 6.1. “Posibles actuaciones del trabajador social como agente de cambio”.

A pesar de las grandes limitaciones que la sociedad posee para introducir un cambio latente que logre una igualdad real, la sociedad está en continua evolución e insertar en ella elementos que favorezcan la equidad hará que poco a poco pueda ir cambiando y en un futuro podrá lograrse los objetivos deseados.

Por último, decir que tanto hombres como mujeres con DCA, se encuentran en una situación de vulnerabilidad. El objetivo de este estudio es poner de manifiesto las principales diferencias entre la situación de las mujeres respecto a los hombres, por lo cual, no se han manifestado aquellos resultados de la investigación en los que la situación es equiparable. En ningún resultado de la investigación ha destacado porque el hombre este en una situación de inferioridad respecto a la mujer; en cambio, como hemos podido ver en todo el transcurso del documento las mujeres sí, y en muchas áreas.

7. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Alghoula, F., Berim, I. (2018) *Anoxia*. Recuperado de: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK482316/>

CERMI. (2015). *Informe sobre violencia de género hacia las mujeres con discapacidad*. N°5. Recuperado de: https://www.cermi.es/sites/default/files/docs/coleccion/Informe_sobre_violencia_de_genero.pdf

Defensor del Pueblo (2005). *Daño cerebral sobrevenido en España: un acercamiento epidemiológico y sociosanitario*. Recuperado de: <https://www.defensordelpueblo.es/wp-content/uploads/2015/05/2006-01-Informe-sobre-da%C3%B1o-cerebral-sobrevenido-en-Espa%C3%B1a-un-acercamiento-epidemiol%C3%B3gico-y-sociosanitario.pdf>

Díez Tejedor, E., Fuentes, B., (2004). *Guía oficial para el diagnóstico y tratamiento del ictus*. Recuperado de: <http://www.dep4.san.gva.es/contenidos/urg/archivos/guias/2004/Guia%20SEN%20ictus.pdf>

FEDACE. (2006). *Trabajo social y daño cerebral*. Cuaderno nº1. Madrid. Recuperado de: https://fedace.org/index.php?V_dir=MSC&V_mod=download&f=2016-10/17-18-40-2.admin.1_trabajo_social_y_DCA.pdf

FEDACE, (2007). *Modelo de atención al Daño Cerebral*. [On line]. Disponible: https://fedace.org/modelo_atencion_dano_cerebral.html

FEDACE. (Sin fecha). *Guía de familias*. Recuperado de: http://www.convivirconespasticidad.org/wp-content/uploads/2013/12/guia_de_familias_FEDACE.pdf

FEDACE. (Sin fecha). *Manual de formación para el voluntariado de Daño Cerebral Adquirido*. Recuperado de: http://www.alento.org/por_que_ser_voluntario_es.html?V_dir=MSC&V_mod=download&f=2014-7/24-18-33-30.admin.Manual_Voluntarios_FEDACE.pdf

Gómez Pascual, M. (2016). La sexualidad y la maternidad como factores adicionales de discriminación (y violencia) en las mujeres con discapacidad. *Revista Española de Discapacidad*, 4. 123-142. Recuperado de: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=5765593>

INE (1999). *Tasas de Actividad y Paro en personas con discapacidad y población general*. Recuperado de: <https://www.ine.es>

Instituto Nacional de las Mujeres. (2013). *Género y discapacidad: una vida sin violencia para todas las mujeres*. Recuperado de: <http://repositoriocdpd.net:8080/handle/123456789/1688>

Lassaletta, A., (2017). *El daño cerebral invisible*. Madrid: EOS.

Mar, J., Arrospide, A., Begiristain, J.M., Larranaga, I., Sanz-Guinea, A., Quemada, I. (2011) Calidad de vida y sobrecarga de los cuidadores de pacientes con daño cerebral adquirido. *Revista Española de Geriatria y Gerontología*. Recuperado de: <https://www.elsevier.es/es-revista-revista-espanola-geriatria-gerontologia-124-pdf-S0211139X11000862>

Moya Maya, A., (2009). La sexualidad en mujeres con discapacidad. Perfil de su doble discriminación. *Feminismo/s*, 13. 133 -152. Recuperado de: https://rua.ua.es/dspace/bitstream/10045/13330/1/Feminismos_13_09.pdf

Mun Man, G., Conde, A., Portillo, I. (2006). Mujer, discapacidad y violencia El rostro oculto de la desigualdad. *Instituto de la mujer*, 93. Recuperado de: <http://www.inmujer.gob.es/areasTematicas/estudios/serieEstudios/docs/discapacidadViolencia.pdf>

Naciones Unidas. (2006). *Convención de los derechos de las personas con discapacidad*. Recuperado de: <https://www.un.org/esa/socdev/enable/documents/tccconvs.pdf>

Navarro Gómez, M.L., González, F., Santos Sebastián, M., Saavedra Lozano, J. y Hernández Sampelayo Matos T. (2011). *Protocolos diagnóstico-terapéuticos de la AEP: Infectología pediátrica, Capítulo 3: Encefalitis*. Madrid: ERGON Recuperado de: <https://www.aeped.es/documentos/protocolos-infectologia-en-revision>

ONU. (2007). *Convención de Naciones Unidas sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad*. Recuperado de: <https://www.un.org/esa/socdev/enable/documents/tccconvs.pdf>

Organización Mundial de la Salud (OMS). (2017). *Violencia contra la mujer*. [on line]. Recuperado de: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/violence-against-women>

Organización Mundial de la Salud (OMS). (2019). *Violencia contra la mujer*. [on line]. Recuperado de: https://www.who.int/topics/gender_based_violence/es/

OXFAM Intermón. (2016). *Ejemplos de desigualdad de género en el trabajo*. Recuperado de: <https://blog.oxfamintermon.org/ejemplos-de-desigualdad-de-genero-en-el-trabajo/>

Peláez Narváez, A. (2013). *Mujer, discapacidad y violencia. Violencia contra las mujeres con discapacidad*. Recuperado de: https://www.fundaciononce.es/sites/default/files/docs/Mujer%2520Discapacidad%2520y%2520Violencia_2.pdf

León-Carrión, J. (1994). *Daño cerebral. Guía para familiares y cuidadores*. Madrid: Siglo XXI de España Editores, S.A.

López García, E.P., (2016). Puesta al día: cuidador informal. *Revista enfermería CyL*. Volumen 8, N°1. Recuperado de: <http://www.revistaenfermeriacyl.com/index.php/revistaenfermeriacyl/article/viewFile/164/144>

Quezada García, M.Y., Huete García, A., Bascones Serrano L.M., (2016). *Las personas con Daño Cerebral Adquirido en España, FEDACE*. Recuperado de: https://fedace.org/index.php?V_dir=MSC&V_mod=download&f=2016-9/26-16-4-11.admin.Informe_FEDACE_RPD_para_DDC-1.pdf

Shum, G., Conde Rodríguez, A., Portillo Mayorga, I. (2003). *Discapacidad y empleo. Una perspectiva de género*. Recuperado de: http://rabida.uhu.es/dspace/bitstream/handle/10272/6130/Discapacidad_y_empleo.pdf?sequence=2